

<特集 心理アセスメントをめぐる>

心理療法とアセスメント

李 敏 子

1. 心理アセスメントとは何か

日本臨床心理士会 (2017) は、臨床心理士の専門業務として、①心理アセスメント、②心理面接、③臨床心理地域援助、④研究活動をあげている。①心理アセスメントは、問題の状況や課題などを「面接や心理検査など」によって明らかにし、自己理解や支援に役立てるものとして説明されている。

このようにアセスメントは、「面接や心理検査など」を通じて行われるものであるが、アセスメントといえば心理検査を連想する人が多いのではないだろうか。しかし実際の心理療法では、検査を用いるのは必要最小限にとどめ、ほとんどは面接での相互作用のなかでアセスメントを行っており、そのアセスメントに基づいてそのつどの対応や援助方針も変化させている。従って、アセスメントは初回面接や初期の面接で援助方針を立てるために施行されるテストのように、心理療法の最初の段階でのみ行われるものではない。心理療法の進展にともない、クライアントは自己のさまざまな側面を表出するようになるため、アセスメントによる見立ては経過のなかで修正されていく。石垣 (2001) は見立てとアセスメントはほとんど同義であるとし、①情報の収集、②仮説形成、③検証、④仮説の確認/新たな仮説形成という流れで進むと述べている。

下山 (2001) は心理学的アセスメントを「臨床心理学的援助を必要とする事例 (個人または事態) について、その人格や状況、および規定因に関する情報を系統的に収集、分析し、その結果を総合して事例への介入方針を決定するための作業仮説を生成する過程」として定義している。従ってアセスメントの目的は適切な心理的援助の方法を見出すことであり、単なるアセスメントのためのアセスメントに終わってはならない。

このように、アセスメントが心理療法を支え、心理療法の経過のなかでの相互作用や関与観察によってアセスメントが行われるというように、心理療法と心理アセスメントとは表裏一体の関係にあると言える。村瀬 (2003) も「心理的援助の過程とは、クライアントに対する援助的な関わりと

アセスメントが表裏一体をなして進行するものである」と述べている。また、治療効果に負の影響を及ぼすセラピスト側の要因として、共感の欠如、逆転移、見立ての誤り、技法の誤用があげられている (岩壁、2007)。とりわけ、失敗の多いセラピストは病理の程度を低く見積もる傾向にあったことから、病理のアセスメントの正確さが治療効果をあげると言える。

2. 何をアセスメントするのか

次に、クライアントの何をアセスメントするかが問題になる。病態水準、発達段階はもちろんのこと、症状が発現した背景、クライアントの環境要因、パーソナリティ特性などをアセスメントすることになる。

袈岩 (1997) は心理アセスメントを「面接、心理テスト、行動観察等を用いて、クライアントの人格特性や発達水準、さまざまな社会的能力等クライアント自身に関するものからクライアントを取り巻く状況や家族力動、援助資源など外的環境に至るまでの情報を収集し、その分析を経て、クライアントの状態を理解し、処遇方針を決めていくための方法と過程」として定義している。

津川 (2009) は精神科臨床における心理アセスメントについて以下の 7 つの視点を挙げている。

① トリアージ (自傷他害の程度、急性ストレスか慢性ストレスか、トラウマの有無、援助への動機や期待の程度、いま自分が提供できる援助リソース)

② 病態水準 (病態水準と防衛機制、適応水準、水準の変化、知的水準と知的な特徴、言葉と感情のつながり具合)

③ 疾患にまつわる要素 (器質性障害・身体疾患の再検討、身体状況の再検討、薬物や環境因による影響の可能性、精神障害概念の再検討、症状をどのように体験しているか)

④ パーソナリティ (パーソナリティ特徴 (特に、よい資質)、自己概念・他者認知を含む認知の特徴、ストレスコーピング、内省力の程度、感情状態)

⑤ 発達 (平均的な発達か、思春期や青年期の特徴をはじめ

とする年代ごとの心理的な悩みか、年代に特有の症状の現れ方か、発達障害傾向の有無とその程度（発達の偏り）、ライフプランの立て方）

⑥生活の実際（地域的な特徴、経済的な面、物理的な面（地理、家屋など）、生活リズム、家族関係を含む対人関係）

⑦今日の A さん（here and now）

津川（2009）は①～⑥の視点を統合する最重要視点が⑦であると主張している。実際の臨床場面では、それまでの経過から予測していたこととは違った展開が急に生じることもあるため、このような変動性に対応するためには、予断にとらわれて固定的に考えずに、その日のクライアントの状態を柔軟にアセスメントすることが必要になる。

また、見立てについて増沢（1999）は、子どもと治療者を守るために行われるとし、「その子のそれまでの生い立ち、医学的所見や心理検査の情報、そして日常場面での行動観察などの外部からの情報を総合的に把握、検討した上で、目の前にいる子どもの様子を忠実に見つけ、その子の自我の強さ（発達段階をどこまで獲得して来たか）や問題の本質を理解し、今後治療過程で起こり得るであろうことを、その危険性に十分配慮しながら予測し、治療方針を設定すること」が「見立て」であると述べている。

上述した多面的な視点で情報を得てそれらを総合し、援助方針を立てることが求められる。

とりわけ自我の脆弱性のアセスメントは重要であり、虐待待児など発達の初期の段階でつまづいている子どもには、攻撃性などの表出を自由にさせると、自我のコントロールを超えて表出させてしまい破壊的な作用を及ぼすことになる。初心者にありがちであるが、自由な自己表現をよしとして制限を加えることなく表現させた結果、病理を悪化させることになることがあり、治療的には失敗である。制限はクライアントの自我を守るために与えるのであり、自由な自己表現をさせてもよいかどうかは自我の強さのアセスメントに基づいて判断する必要がある。

自我の防衛機制については、たとえ解離や行動化などの社会適応的観点からは望ましくない防衛であっても、その時点でのクライアントにとっては自我を守るために必要であり、自分自身で困難に対処するための唯一の手段として用いられていることが多いため、防衛を不用意に崩すような関わりをしないことが重要である。クライアント自らがより望ましい対処方法を見出すことにより、必要でなくなれば手放すことができるので、それまでは根気よく見守ることが望ましい。心理療法の効果研究においても、クライエ

ントが通常用いる防衛機制や対処法に挑戦したり取り壊そうとしたり弱めようとする技法が、ある種のクライアントに適用された場合に悪化が生じやすいことが明らかになっている（金沢、2002）。

発達段階については、成人の引きこもりにみられるように、思春期で引きこもってから 10 年以上過ぎているような場合、たとえ 30 代の人であっても、発達の的には思春期の段階でつまづいていることが多いため、心理的な発達段階に合わせた援助が必要になる。このことはクライアントをありのままに受け入れ尊重することであり、不当に貶めることではない。実年齢に応じた課題を要求することはクライアントを必要以上に苦しめることになる。

また、発達障害に見られるように、知的には高いが情緒的・社会的にはきわめて未熟というように発達に偏りがある場合には、そのために生じる困難への対処方法をサポートすることが肝要であり、苦手なところを無理に伸ばして平均的にしようとすることはクライアントを苦しめることになる。基本的には弱い部分を補足するようなサポートが必要である。ADHD に見られるように衝動コントロールが苦手なクライアントに対しては、いずれは自分でコントロールできるようになることが望ましいが、それまでは衝動に圧倒されて自我が破壊されないように、セラピストが代わりにコントロールを助けることが求められる。話がどんどん拡散して混乱してしまうクライアントに対しても、セラピストが話題を整理・整頓して会話を明確に構造化し、クライアントの心が整理されるように援助する必要がある。

環境要因については、中井・永安（2000）が述べるように、悪化は単一の要因でも起こるが、回復は全体として条件がそろって初めて起こるので、クライアントを支える環境がどのくらいあるのかを見極める必要がある。青木（2016）は、クライアントの日常生活全体への理解が必要であり、家族、学校などの情報を総合して理解すること、スタッフのミーティングではネガティブな点に焦点が当てられやすいが、クライアントが生き生きとした瞬間、笑顔が出る瞬間、子どもが社会で元気に生きている姿を想像することが大事だという。また、外から観察するだけの「外から目線」では、行動だけに目が向けられ、内的体験に目が向けられなくなることから、クライアントにとっては支援者からの関係遮断として感じられると指摘している。

従ってアセスメントは共感的理解とともに行われる必要がある。高橋（2015）も、見立てを行う行為は共感的理解なしには成立しないと述べている。

3. アセスメントにおける観察の役割

アセスメントには観察が重要な役割を果たす。まず、身だしなみである。身だしなみが整っているか、乱れているか、あるいは完全な無頓着かに注目する。自閉症スペクトラム障害 (ASD) の成人では、上着が破れて穴があいているのにそのまま着ていた人がいた。このことは、他者から自分がどう見えるかという他者の視点が欠けていることを表しているだろう。自己愛性あるいは演技性パーソナリティ障害の女性では、きわめて派手な服装と化粧、見るからに高価そうなブランドの服とアクセサリーの多用、あるいは誘惑的な露出の多い服装やミニスカートををはいていることが多かった。多くの人のなかにも、ひときわ目立っていた。この外見には、他者から注目されたいという欲求がそのまま現れていると考えられる。また帽子をかぶったまま面接にのぞむ人は社会性の低さを感じさせ、マスクをはずせない人は他者への恐怖が強いと考えられる。

服装が衛生的か不潔そうかも重要である。髪がざんばらで汗のにおいが漂う人は精神的に余裕がないことが多いだろう。においについて言えば、香水のきついにおいをふりまいている人はやはり自己愛性あるいは演技性パーソナリティ障害の女性に多いと思われる。

自己臭恐怖の女性では、柔軟剤の強烈なにおいが洋服からして、本人としては悪臭と感じているものを隠そうとしているのかもしれないが、かえってその強烈なにおいが鼻に突いたことがあった。これは、河合 (1976) が赤面恐怖の男子学生について、顔が赤くなるのが目立たないように顔を黒く焼いていたが、その黒さゆえにかえって注目されていた事例について、赤面を隠そうとする意識的努力の底に、自分を他人の前で際立たせようとする無意識的意図があると述べたのと同様の心理であると思われる。また河合 (1976) は、自己臭恐怖の人が和服だと臭いがわかりにくいからという理由で外出時には必ず和服を来ていた事例についても同様の解釈をしている。

次に表情である。無表情、おおげさな表情、また感情表現と不一致の表情がある。いずれもあまり病態水準が高くはないだろう。顔が引きつっていたり、唇が震えていたりすると、対人緊張の高さが伝わってくる。視線について、ASDの人では、視線をまったく合わせない人からじっと見すぎる人まであり、いずれにしても不自然な視線の動きが見られるが、これらは関係性の障害を表しているだろう。妄想性障

害の人の視線には、猜疑心がそのまま表れており、セラピストも猜疑心をもったり居心地が悪く感じられる。身振りや動作についても、硬くぎこちないと緊張の高さが伝わってくる。このような場合、セラピストの逆転移がアセスメントに役立つ。

銃刀法が改正される前のことであるが、ひきこもりの男性が街を歩いている姿をたまたま見かけると、男性にしては内またで猫背で歩き、足が大地を踏みしめていず、世界に萎縮しており溶け込めない様子が伝わってきた。面接室のなかでは、ナイフを持ち歩いていることが語られたが、ナイフを所持しないと歩けないほど世界や人に対しておびえていたのである。

親子関係についても、面接場面の行動観察によりアセスメントすることができる。たとえば母子同室面接で、子どもに質問しているのに、子どもは黙って答えず、母が答えてくれるのを待つように母の顔を見ており、母が子どもの代わりにすべてを答えるようなケースが最近では多い。この状況は、支配的な母親と、母親に従属して主体性が育っていない子どもという母子関係を表している。そのような母親は面接者に対してもあれこれ要求をしてきて自分の思い通りに操作しようとすることが多いが、ここで操作されてしまうと母子関係あるいは母親の人間関係の持ち方がそのまま再現されることになり治療的ではないので、そうならないように枠組をしっかり守ることが重要である。

また、母子並行面接で、子どもの語る内容と母親の語る内容に著しい不一致が見られることがある。たとえば子どもは涙を流しながら苦しみを訴えるのに、母親は「子どもには何も問題がない。普通に元気になっている」と語るような場合、子どもが母親に本心を言えるような信頼関係がないこと、その背景として母親が自分の要求通りに子どもを動かそうとし情緒的共感性に欠けていることが推測される。「何も問題がない」という言葉は、実は心のどこかでうすうす母親自身の責任を感じているがそれを否認している可能性がある。

このような外から観察できる状態について、治療過程での変化に注目することで、内面の変化を推測できる。

4. アセスメントに基づく具体的対応

クライアントが悲観的で否定的なことばかり話した場合、健康度が高いと判断したならば、そのまま自由に話してもらい共感的に傾聴する。しかし、重い抑うつ状態にあり、その状態が認知に影響していると判断した場合は、あまりそ

の話題を掘り下げて葛藤を顕在化させないように配慮して、クライアントには、現在の状態によってそのような考えが生じている可能性があり、状態の改善につれて感じ方が変化して気分が楽になるだろうという見通しを伝えることが望ましい。

妄想内容が語られた場合も、あまり内容に深入りしたり根ほり葉ほり聞くと妄想を悪化させることになる。松本（1995）は、妄想をもつ患者に「現実吟味」を押し付けようとする医学的やりとりは「治療者と患者との関係構築を阻み、患者をいっそう一人ぼっちの世界に追いやり、自閉的妄想に閉じ籠るように促してきた」と述べている。妄想内容を否定すると患者をいっそう妄想にしがみつかせ、妄想内容を肯定すると妄想に油を注ぐだけであるため、内容にとらわれた治療戦略は不毛だという（松本、1995）。中井（1985）によれば、「妄想内容ではなく、妄想をもつ人間の苦悩に焦点を当てた時、その時だけ妄想患者は自分の気持ちが汲まれたという感じを持つ」ため、そのような妄想をもつことによる苦しみに共感するように努めるのが治療的対応として望ましい。

妄想をもつクライアントとの面接では、セラピストの逆転移としてセラピストも猜疑的になったり被害妄想的になったりしがちなので、そのような逆転移感情を適切に把握して治療に生かしていくと良いだろう。たとえば、自己臭恐怖のクライアントとの面接では、たまたまセラピストが風邪気味で咳き込んだり鼻をさわったりすることさえ、臭いがしている証拠としてクライアントから疑われるのではないかと猜疑心と脅えを感じながらの面接になってしまうことがある。このような逆転移はクライアントの症状を反映していると考えられるため、治療に生かしていくべきである。

不登校のケースにおいては、不登校にはさまざまなタイプがあるため、どのタイプか、またどの回復段階にあるかによって対応が変わってくる。優等生の息切れ型ならば休養を保証し登校刺激を与えないことが肝要であるが、小学校低学年に見られる母子分離不安による不登校の場合なら、少しずつ母子登校をして慣らしていくという方法をとることを考える。また、回復段階によって、部屋のなかからリビングに出て家族と会話できるようになり、さらに外出ができるようになれば、放課後登校や保健室登校、別室登校などを徐々に段階的に考えていくことになる。

このように、クライアントの状態をアセスメントして最初の援助方針を立て、その後は回復段階をアセスメントし

て、援助方針をその段階に応じて考えていくのである。

クライアントからの過度の理想化や心理的距離の近さから境界性パーソナリティ障害が疑われる場合は、理想化が症状の一つでありその後の価値切り下げが予想されることから、理想化されたときに喜び過ぎず、次の展開に慎重に備えることが重要である。境界性パーソナリティ障害のクライアントに対してセラピストは、どこか魅力を感じたりきらりと光る才能があるように感じたり、自分しかこの人を理解できないと感じたりすることがあるが、そのような逆転移が生じたときは要注意である。距離感を一定にして、常に安定し一貫した対応をすることが重要なので、操作的行動に巻き込まれないように、最初からできることとできないことを明確にしておくことが必要である。初心者によくある失敗例として、最初に距離を近づけ過ぎ感情的に入れ込みすぎてサービス過剰になり、その結果振り回され、その後負担になって突き放したりすることがある。引き受けすぎたり見捨てたりと態度が安定しないことは、見捨てられ不安の強いクライアントに見捨てられ経験を重ねさせることになるため、症状を悪化させることになる。

このように病理学的にアセスメントすることにより、面接場面でどう対応すべきかを導き出すことができる。

初心者になりがちな失敗として、クライアントの言動を自分に個人的に関連付け過ぎて適切に関われなくなることがある。セラピストとして責任感を持ち、不適切な介入をしたならば反省して改めることは当然である。しかし、たとえば ASD の子どもに話しかけても反応がかえってこず、一人で黙々と遊んでいる場合に、初心者はそれを障害特性と認識せずに、自分が嫌われているというように自分に関連付け過ぎて傷ついてしまうことがある。また、チックや選択性緘黙の子どもはそれまで抑圧してきた感情を治療過程で攻撃性として表出することが多いが、クライアントから攻撃性が向けられたとき、初心者は自分を否定されたように個人的に受け止め過ぎて傷ついてしまうことがある。クライアントがセラピストをどんなにけなし罵倒したとしても、言葉で行われている限りは、あくまでも治療の展開として受け止めるべきであり、必要以上に傷ついてしまうと安定して受け止められなくなる。

このように安定して治療的展開に参与するには、クライアントの状態への理解、治療過程への理解が必要である。

5. おわりに

治療においてもっとも重要とされる共感的理解は、的確なアセスメントによって成り立つものである。クライエントの生育史や家庭環境への理解、症状発現の背景への理解、治療過程への理解、転移・逆転移を中心とする治療関係への理解などを総合してアセスメントを行って初めて共感的理解に基づく適切な対応ができるようになる。共感的理解には客観的な知識と理解が不可欠である。

文献

- 青木省三 (2016) 児童青年精神医学会第 57 回大会会長講演 私の青年期臨床——これまで、そしてこれから (於 岡山) .
- 斐岩秀章 (1997) 臨床心理学的査定. 平木典子・斐岩秀章編 カウンセリングの基礎——臨床心理学を学ぶ 北樹出版 96-128.
- 石垣琢磨 (2001) アセスメントとしての見立て. 臨床心理学, 1(3), 317-322.
- 岩壁茂 (2007) 心理療法・失敗例の臨床研究. 金剛出版.
- 金沢吉展 (2002) 臨床心理学における心理療法教育の目標、方法、および今後の課題. 精神療法, 28(4), 14-22.
- 河合隼雄 (1976) 母性社会日本の病理. 中央公論社.
- 増沢高 (1999) 遊戯療法と守り. 現代のエスプリ, 389, 156-167.
- 松本雅彦 (1998) こころのありか——分裂病の精神病理. 日本評論社.
- 村瀬嘉代子 (2003) 統合的アプローチ——個別的にして多面的アプローチ. 臨床心理学, 3(5), 659-665.
- 中井久夫 (1985) 世親分裂病者への精神療法的接近. 中井久夫著作集 2 岩崎学術出版社 3-23.
- 中井久夫・永安朋子 (2000) 分裂病の回復と養生. 星和書店.
- 日本臨床心理士会 (2017) 臨床心理士とは. 援助の方法. <<http://www.jsccp.jp/person/support.php>> (2017 年 2 月 10 日)
- 下山晴彦 (2001) 診断からケースフォーミュレーションへ. 臨床心理学, 1(3), 323-330.
- 高橋紀子 (2015) 見立てという行為と共感的理解. 野島一彦監修 ロジャーズの中核三条件<共感的理解> 創元社 31-39.
- 津川律子 (2009) 精神科臨床における心理アセスメント入門. 金剛出版.